

LÉA CUNHA DE MORAES RÊGO

**AVALIAÇÃO DAS COLPOCITOLOGIAS ONCÓTICAS NO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS NO ANO DE 2003**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

LÉA CUNHA DE MORAES RÊGO

**AVALIAÇÃO DAS COLPOCITOLOGIAS ONCÓTICAS NO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS NO ANO DE 2003**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Edison Natal Fedrizzi

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Especialmente...

A meu pai Manuel por sempre estar disposto a ajudar e tentando sempre fazer o melhor para mim.

À minha mãe Ana Rita por estar sempre ao meu lado em todos os momentos, sendo minha amiga e me ajudando da melhor forma possível.

A meus irmãos Alexandre, André, Augusto, Manuela e Marcelo e seus cônjuges, que apesar da distância, deixaram transparecer sempre o apoio da família para continuar seguindo meu caminho.

A meu namorado Fabiano por sua admiração, carinho, compreensão e apoio em momentos difíceis e em que mais precisei.

À minhas amigas queridas Ingrid, Kenia, Maria Eduarda e Maria Emília e à suas famílias, que nestes anos me apoiaram e acolheram em uma terra distante e foram muitas vezes meus ombros amigos, sempre dispostos a ajudar.

Ao meu orientador, Dr. Edison Natal Fedrizzi por sua disponibilidade a tornar este trabalho realidade.

Ao CEPON, em especial ao funcionário Beto, por toda sua contribuição a este trabalho.

À Banca Examinadora, por prestigiar este trabalho, dispensando tempo e contribuindo de forma significativa neste processo.

RESUMO

Introdução: O câncer de colo uterino corresponde à cerca de 15% de todos os tipos de tumores malignos nas mulheres. No Brasil, corresponde à terceira neoplasia feminina maligna mais comum, representando a quarta causa de morte por câncer nesta população. A colpocitologia oncótica é um exame de detecção precoce das lesões precursoras do câncer do colo uterino.

Objetivos: Avaliar as alterações celulares nas colpocitologias oncóticas de Florianópolis no ano de 2003, tendo como referência o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero (PNCCCU) do Ministério da Saúde e correlacionar as alterações com a faixa etária, tempo decorrido do último exame, inspeção visual do colo, método anticoncepcional, gravidez e terapia hormonal.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional em que os dados foram coletados do questionário padronizado pelo Ministério da Saúde destinado ao PNCCCU que se encontravam arquivados no SISCAM (Sistema de Informação do Câncer da Mulher) gerenciado pelo CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina) em Florianópolis.

Resultados: Foram realizados 20.467 exames em Florianópolis em 2003, representando 12,58% da população. Evidenciou-se um total de 1,16% de alterações celulares nos exames e destas, as LIEBG foram as mais encontradas(57,14%). A faixa etária mais acometida pelas alterações citológicas foi a de 20-29 anos (36,56%). O uso de ACO esteve associado a um risco de 3,41 para lesões glandulares.

Conclusão: A faixa etária 20-29 anos foi a mais acometida por alterações celulares, mostrando-se necessário a inclusão de adolescentes e adultas jovens nos programas de rastreamento de câncer de colo uterino.

ABSTRACT

Background: Cervical cancer is responsible for 15% of all women neoplasia. In Brazil, it is the third most common neoplasia in women and it's the fourth cause of death in the feminine population. The Pap smear is used in early detection of precursor lesions and Human Papillomavirus (HPV) infections.

Objective: Evaluate cellular abnormalities in Pap smear in the feminine population of Florianopolis in the year of 2003, who participated of the National Program of Combat of Uterine Cervix Cancer (PNCCCU) and analyze with age, year of last exam, visual inspection of the cervix, use of contraceptive, pregnancy and hormone therapy.

Method: It was an observational study where all the data were from a questionnaire of the Health Minister for the National Program of Combat of Uterine Cervix Cancer and were archived in the SISCAM (System of Information of Women Cancer) controlled by CEPON (Centre of Oncology Research of Santa Catarina) in Florianopolis.

Results: 20.467 Pap tests were realized in Florianopolis in 2003, representing 12,58% of total feminine population. 1,16% of the exams showed cellular abnormalities, with LSIL being the most common (57,14%). The age group of 20-29 years was the most committed with cellular abnormalities (36,56%). The use of oral contraceptive represented a risk of 3,41 for glandular lesions.

Conclusions: The age group 20 – 29 was the most committed, showing the need of inclusion of teenagers and young adults in screening programs for uterine cervix cancer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos exames realizados conforme a adequabilidade do material coletado.....	7
Tabela 2 - Distribuição dos exames conforme a presença de inflamação no exame citopatológico.....	8
Tabela 3 - Distribuição da população estudada conforme o resultado da colpocitologia oncótica.....	10
Tabela 4 - Distribuição das alterações celulares no exame colpocitológico conforme a faixa etária.....	12
Tabela 5 - Distribuição da faixa etária de acordo com a presença de alteração celular no exame colpocitológico.....	13
Tabela 6 - Distribuição das alterações celulares conforme os anos decorridos do último exame citopatológico.....	15
Tabela 7 - Distribuição dos exames colpocitológicos de acordo com a presença de alteração na inspeção do colo.....	17
Tabela 8 - Distribuição das alterações celulares no exame colpocitológico conforme uso de método anticoncepcional.....	18
Tabela 9 - Distribuição das alterações celulares no exame colpocitológico de acordo com a presença de gravidez.....	19
Tabela 10 - Distribuição das alterações celulares no exame citopatológico segundo o uso de terapia hormonal.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO	Anticoncepcional oral
AGUS	Atipias de células glandulares de significado indeterminado
ASCUS	Atipias de células escamosas de significado indeterminado
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina
CI	Carcinoma escamoso invasor
CO	Colpocitologia oncológica
DIU	Dispositivo intra-uterino
DST	Doença sexualmente transmissível
HPV	Papiloma Vírus Humano
LIEAG	Lesões intra-epiteliais de alto grau
LIEBG	Lesões intra-epiteliais de baixo grau
NIC	Neoplasias intra-epiteliais
PNCCCU	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
TH	Terapia Hormonal

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>.....	v
LISTA DE TABELA.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo geral.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3 MATERIAL E MÉTODO.....	5
3.1 Delineamento da pesquisa.....	5
3.2 População e amostra.....	5
3.3 Critérios estabelecidos e variáveis estudadas.....	5

3.4	Aspectos éticos pertinentes.....	6
4	RESULTADOS.....	7
5	DISCUSSÃO.....	21
6	CONCLUSÕES.....	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
	NORMAS ADOTADAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero corresponde à cerca de 15% de todos os tipos de tumores malignos nas mulheres ¹⁻⁴. No mundo são diagnosticados anualmente cerca de 471 mil casos novos e é responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano ⁵. É considerado o segundo câncer mais comum na população feminina do mundo ^{3,6}. Em alguns países em desenvolvimento ocupa a primeira posição na classificação de todos os cânceres entre as mulheres, ao passo que em países desenvolvidos ocupa a sexta posição ^{1,3}. Diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, em que a mortalidade pelo câncer de colo uterino vem diminuindo, em países de regiões mais pobres ainda representa uma das principais causas de morte na população feminina ⁷. Cerca de 80% dos casos de neoplasia do colo uterino ocorre nos países em desenvolvimento, sendo mais associados a regiões de nível sócio-econômico mais baixo ^{5,8,9}. As taxas mais elevadas de incidência são observadas na América Latina e no Caribe, partes da África e no Sul e Sudeste Asiático ¹.

O Brasil, considerado um país em desenvolvimento possui uma incidência alarmante deste câncer ⁶. Estima-se que o câncer de colo uterino seja a terceira neoplasia maligna mais comum nas mulheres, apenas superado pelo câncer de pele não melanoma e pelo câncer de mama ^{2,5}. É a quarta causa de morte por câncer em mulheres ⁵, e é a neoplasia maligna que mais acomete o trato genital feminino ¹⁰. Para o ano de 2006, as Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer apontam a ocorrência de 19260 novos casos ⁵. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (28/100.000), Centro-Oeste (21/100.000) e Nordeste (17/100.000) representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais freqüente (20/100.000) ⁵.

Em Santa Catarina estima-se que para o ano de 2006 ocorram 670 novos casos de câncer de colo de útero sendo 50 casos em Florianópolis ⁵.

Os fatores de risco para o câncer de colo de útero incluem aspectos hormonais, imunológicos, do estilo de vida, condições sócio-econômicas, e de higiene pessoal. São

conhecidos como fatores de risco o início precoce das relações sexuais, múltiplos parceiros, gravidez precoce, parceiro de alto risco, doenças sexualmente transmissíveis (DST), deficiência imunológica, anticoncepcionais orais combinados (ACO), tabagismo e radiação prévia ^{2,4,5,10-12}. Além disso, existe uma íntima relação com a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), estando este vírus presente em mais de 99% dos casos, atualmente sendo considerado como o agente etiológico ^{2,4,5,12-16}.

Hoje são conhecidos mais de 150 tipos de HPV e cerca de 45 infectam o trato genital feminino ^{12,18-20}. Os HPV de baixo risco oncogênico (6, 11, 42, 43,44) são encontrados nas lesões intra-epiteliais de baixo grau (LIEBG) e em verrugas genitais. Os HPV de alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 61) são encontrados em LIEAG e em cânceres cervicais ^{12,14,16,18}. Dos HPV de alto risco, os tipos 16 e 18 são os mais carcinogênicos e prevalentes. O tipo 16 é mais prevalente que o 18, a não ser no Sudeste da Ásia, responsabilizando-se por 50% das infecções ^{12,15}. O HPV apresenta tropismo pelo epitélio escamoso, mas também acomete o epitélio cilíndrico. Possui uma infectividade em torno de 25% a 65% ²⁰. As infecções por este vírus são mais frequentes na idade entre 20 e 24 anos, diminuindo com o decorrer da idade ^{12,14}. O tempo médio entre a infecção inicial e o câncer invasivo é de cerca de 10 a 15 anos ^{2,12}, podendo então ser prevenido devido a esta longa evolução ^{1,14,17,21}.

Com o intuito de diminuir o número de casos de câncer de colo uterino existem algumas medidas preventivas que têm se mostrado eficazes. Como prevenção primária, adota-se o uso de preservativo como uma das medidas para evitar o contágio pelo HPV. Já na prevenção secundária, é possível haver a detecção precoce desta infecção e das lesões precursoras do câncer através da realização do exame preventivo do câncer de colo, ou seja, a realização da colpocitologia oncótica ou também conhecido como Papanicolaou ⁵. Atualmente, no Brasil, este exame é a principal estratégia para o rastreamento deste tipo de câncer, apesar de ser realizado em menos de 20% da população feminina ^{1,9,22-24}.

A colpocitologia oncótica tem reduzido as mortes por câncer de colo de útero em 70 % desde sua realização por George Papanicolaou em 1940 ². O sucesso do teste consiste na detecção de doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer aumentando as possibilidades terapêuticas ⁷. O exame não é somente uma maneira de diagnosticar a doença, mas serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer.

É considerado um exame rápido, relativamente de baixo custo, efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento de câncer de colo uterino ^{1,9,22-25}. Entretanto, apresenta sensibilidade em diagnosticar lesões cervicais pré-neoplásicas e neoplásicas em cerca de 65-75% dos casos ^{12,13} e uma taxa de 10-25% de falso negativo ^{8,12,14,16}.

Na sua maioria, as NIC incidem entre os 30 e os 40 anos de idade, culminando com o câncer invasor, em média 10 anos após ^{22,26}. Estas lesões estão associadas ao HPV em cerca de 90%. Em média, 60% delas regridem espontaneamente em um período de até um ano. Porém, algumas mulheres com este diagnóstico têm ou desenvolverão lesões de risco para o câncer ^{12,13,15}. As lesões intra-epiteliais de alto grau, (NIC II e NIC III), podem evoluir, se não tratadas, para um carcinoma cervical invasivo de células escamosas em 30-40% das vezes ^{12,13}.

Apesar de intensas campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer de colo de útero, menos da metade das mulheres brasileiras fazem o rastreamento adequado recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA), que é a realização de um exame a cada ano e caso dois exames seguidos, com intervalo de 1 ano, apresentarem resultado normal, o exame poderá ser realizado a cada 3 anos. Estima-se que o emprego da periodicidade anual reduza a probabilidade de desenvolver câncer invasivo em 93,3% enquanto que o período de 3 anos reduz em 91,2% ⁹. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1989) recomenda uma cobertura acima de 80% da população feminina entre 35 e 59 anos para produzir impacto significativo nas taxas de morbi-mortalidade. No Brasil, porém, estas taxas permanecem altas. Isso ocorre, provavelmente, por uma ineficiência dos programas de prevenção e controle deste tipo de câncer em alcançar as mulheres de risco para a doença, aquelas que nunca realizaram o exame ou já realizaram há mais de 5 anos e, de garantir um seguimento e um tratamento adequados nos casos detectados ^{1,10,27}.

Com o objetivo de avaliarmos os resultados da colpocitologia oncótica em Florianópolis, estudamos os dados disponíveis no SISCAM completos para o ano de 2003. Com a divulgação destes resultados às autoridades competentes, esperamos que medidas mais eficazes para a efetivação da realização destes exames sejam adotadas.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as alterações nas colpocitologias oncóticas das mulheres de Florianópolis no ano de 2003, tendo como referência o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero (PNCCCU) do Ministério da Saúde.

2.2 Específicos

Avaliar a adequabilidade destes exames.

Avaliar a flora vaginal bacteriana.

Analisar as alterações encontradas nos exames de colpocitologia oncótica, como, inflamação, ASCUS, LIEBG (infecção por HPV e NIC I), LIEAG (NIC II e NICIII), AGUS e câncer invasivo.

Correlacionar as alterações encontradas no exame com a faixa etária.

Correlacionar as alterações encontradas nos exames com tempo desde a última realização de colpocitologia oncótica, inspeção visual do colo, método anticoncepcional, gravidez e terapia hormonal.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Estudo observacional, do tipo transversal descritivo, com coleta de dados secundários onde foi observado o número de exames de colpocitologia oncótica realizado no ano de 2003 no município de Florianópolis e as características dos resultados obtidos no exame.

3.2 População e amostra

A população estudada realizou o exame de colpocitologia oncótica pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero (PNCCCU), através do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Florianópolis no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro do ano de 2003. Foram realizados um total de 20.467 exames.

3.3 Critérios Estabelecidos e variáveis estudadas

Os dados que foram utilizados no estudo são provenientes de um questionário que foi aplicado no momento da coleta por médicos e enfermeiros. Este questionário é padronizado pelo Ministério de Saúde destinado ao Programa de Combate ao Câncer de Colo de Útero. As informações foram obtidas através dos dados arquivados no SISCAM (Sistema de Informação do Câncer da Mulher), gerenciado pelo CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina) em Florianópolis-SC, uma fonte de dados secundária, que informatizou as requisições de citopatológico e resultados dos exames de colo uterino em todo o estado de Santa Catarina.

As variáveis analisadas foram : idade, realização prévia de algum exame preventivo, uso de DIU, uso de pílula anticoncepcional, presença de gravidez, uso de reposição hormonal na pós-menopausa, presença de inflamação, flora bacteriana, adequabilidade do material utilizado no exame e resultado dos exames.

Estas informações foram armazenadas e analisadas no banco de dados eletrônico EPI-INFO 6.04 e os resultados apresentados em números absolutos e percentuais.

3.4 Aspectos éticos pertinentes

Este trabalho envolveu apenas a análise dos dados obtidos através do SISCAM não requerendo o uso do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a resolução número 196 de 10/10/96 e número 251 de 07/08/97 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, tendo o parecer de aprovação final no dia 08 de Agosto de 2005.

4. RESULTADOS

Tabela 1- Distribuição dos exames realizados conforme a adequabilidade do material coletado - Florianópolis-SC, 2003

Adequabilidade	Frequência	Percentual
Satisfatório	20402	99,68
Insatisfatório	65	0,32
Total	20467	100

Fonte: SISCAM, 2005.

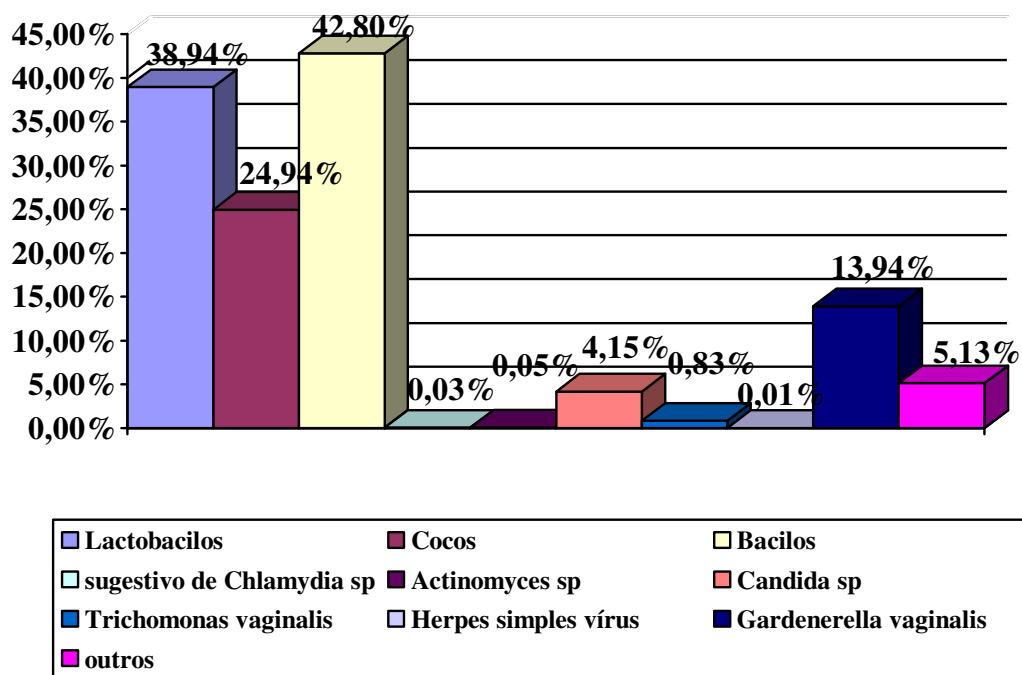
A quase totalidade dos exames colhidos nas pacientes residentes em Florianópolis foram satisfatórios para análise (99,68%). Foram considerados satisfatórios aqueles que apresentavam numero adequado de células escamosas para sua interpretação (Tabela 1).

Tabela 2- Distribuição dos exames conforme a presença de inflamação no exame citopatológico – Florianópolis-SC, 2003

Inflamação	Frequência	Percentual
Presença	19088	93,26
Ausência	1379	6,74
Total	20467	100

Fonte: SISCAM, 2005.

Mais de 93% dos exames possuíam sinais de inflamação, o que representa o total de 19.088 exames (Tabela 2).



Fonte: SISCAM, 2005.

Gráfico 1 - Avaliação da microflora nos exames citopatológicos - Florianópolis-SC, 2003

Em relação aos agentes microbiológicos encontrados, os microorganismos mais prevalentes no trato genital feminino foram os bacilos com 42,80% de colonização seguidos pelos lactobacilos, os quais representaram 38,94%. Os cocos foram encontrados em 24,94% dos exames e a *Gardenerella vaginalis* em cerca de 13,94% dos exames. Os restantes dos microorganismos foram responsáveis por cerca de 10,20% dos exames (Gráfico 1).

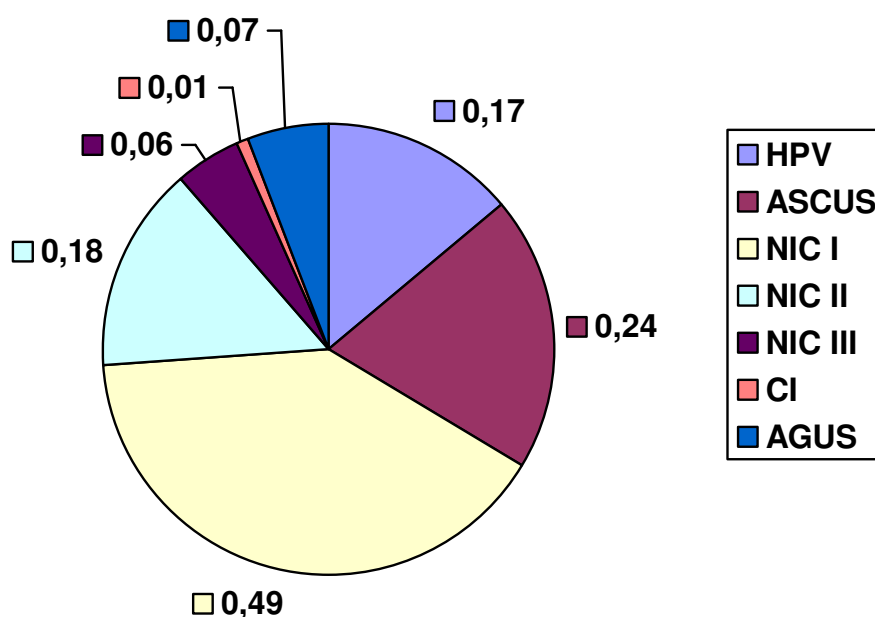
Tabela 3- Distribuição da população estudada conforme o resultado da colpocitologia oncótica (CO) - Florianópolis-SC 2003

CO	Frequência	Percentual
Normal	20229	98,84
ASCUS	50	0,24
LIEBG	136	0,66
LIEAG	36	0,18
Carcinoma invasor	1	0,01
AGUS	15	0,07
TOTAL	20467	100

Obs: ASCUS: atipia de células escamosas de significado indeterminado, LIEBG: lesão intra-epitelial de baixo grau, LIEAG: lesão intra-epitelial de alto grau, AGUS: atipia de células glandulares de significado indeterminado. Foram incluídos nos casos de LIEBG: HPV e NIC I e de LIEAG: NIC II e NIC III.

Fonte: SISCAM, 2005.

Mais de 98% dos exames realizados foram diagnosticados como normais, ou seja, sem alterações celulares. Do total de 20.467 exames realizados no ano de 2003, apenas 238 (1,16%) dos exames apresentavam alguma alteração celular. As alterações mais freqüentemente encontradas foram as LIEBG com 0,67%, a qual incluiu tanto a infecção pelo HPV como neoplasias intra-epiteliais de baixo grau (NIC I). As alterações do epitélio escamoso somaram cerca de 223 (1,09%) casos, enquanto as alterações do epitélio glandular somaram 15 casos (0,07%) em relação ao total de exames. Foi constatado apenas 1 caso de carcinoma escamoso invasor e nenhum caso de adenocarcinoma in situ ou adenocarcinoma invasor (Tabela 3).



Obs: HPV: papiloma vírus humano; ASCUS: atipia de células escamosas de significado indeterminado; NIC I: neoplasia intra-epitelial de grau I; NIC II: neoplasia intra-epitelial de grau II; NIC III: neoplasia intra-epitelial de grau III; CI: carcinoma escamoso invasor; AGUS: atipia de células glandulares de significado indeterminado.

Fonte: SISCAM, 2005.

Gráfico 2- Distribuição dos exames realizados conforme as alterações celulares encontradas - Florianópolis-SC-2003

Observou-se que as lesões mais prevalentes foram as NIC I, estando presentes em 0,49% dos exames realizados, seguidas pelas ASCUS 0,24%. As lesões por HPV e NIC II obtiveram prevalências semelhantes, 0,17% e 0,18% respectivamente. As lesões menos comuns encontradas nos 20.467 exames realizados foram os carcinomas escamosos invasores que representaram apenas 0,01% da amostra (Gráfico 2).

Tabela 4- Distribuição das alterações celulares no exame colpocitológico conforme a faixa etária - Florianópolis-SC, 2003.

Alterações celulares	Faixa Etária						Total
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 60	>60	
	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)	n(%)	n(%)
HPV	7 (28,0)	16 (18,39)	8 (12,7)	3 (7,5)	-	1 (10,0)	35 (14,71)
ASCUS	2 (8,0)	18 (20,69)	5 (7,94)	13 (32,5)	8 (57,14)	4 (40,0)	50 (21,01)
NIC I	15 (60,0)	44 (50,57)	28 (44,44)	10 (25,0)	3 (21,43)	2 (20,0)	101 (42,44)
NIC II	-	2 (2,3)	15 (23,81)	7 (17,5)	-	-	24 (10,08)
NIC III	-	1 (1,15)	4 (6,35)	5 (12,5)	2 (14,29)	-	12 (5,04)
CI	-	-	-	-	-	1 (10,0)	1 (0,42)
AGUS	1 (4,0)	6 (6,9)	3 (4,76)	2 (5,0)	1 (7,14)	2 (20,0)	15 (6,3)
Total	25 (100)	87 (100)	63 (100)	40 (100)	14 (100)	10 (100)	238 (100)

Obs: HPV: papiloma vírus humano; ASCUS: atipia de células escamosas de significado indeterminado; NIC I: neoplasia intra-epitelial de grau I; NIC II: neoplasia intra-epitelial de grau II; NIC III: neoplasia intra-epitelial de grau III; CI: carcinoma escamoso invasor; AGUS: atipia de células glandulares de significado indeterminado;

- Não foram encontrados casos

Fonte: SISCAM, 2005.

A lesão mais freqüentemente encontrada foi a NIC I representando 42,44% das alterações. Na faixa etária de 15 a 19 anos o achado mais prevalente foi NIC I conferindo um percentual de 60,0% para esta faixa etária, assim como na faixa etária de 20 a 29 anos (50,57%) e de 30 a 39 anos (44,44%). Acima de 40 anos, as lesões por ASCUS tornaram-se as mais freqüentes, sendo assim, 40 a 49 anos (32,5%), 50 a 60 anos (57,14%) e acima de 60 anos (40 %).

A única faixa etária em que não se observou lesão induzida por HPV foi em mulheres entre 50 e 60 anos. Nas faixas etárias de 15 a 19, 50 a 60 e acima de 60 anos não foram evidenciadas lesões NIC II. As lesões NIC III não estiveram presentes em mulheres de 15 a 19 anos e acima de 60 anos.

Tabela 5 – Distribuição da faixa etária de acordo com a presença de alteração celular no exame colpocitológico - Florianópolis – SC, 2003

Faixa etária	Alterações		Celulares				AGUS	TOTAL
	HPV	ASCUS	NIC I	NIC II	NIC III	CI		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
15 a 19	7 (20,0)	2 (4,0)	15 (14,85)	-	-	-	1 (6,67)	25 (10,50)
20 a 29	16 (45,71)	18 (36,0)	44 (43,56)	2 (8,33)	1 (8,33)	-	6 (40,0)	87 (36,56)
30 a 39	8 (22,86)	5 (10,0)	28 (27,72)	15 (62,50)	4 (33,33)	-	3 (20,0)	63 (26,47)
40 a 49	3 (8,57)	13 (26,0)	10 (9,90)	7 (29,17)	5 (41,67)	-	2 (13,33)	40 (16,81)
50 a 60	-	8 (16,0)	3 (2,97)	-	2 (16,67)	-	1 (6,67)	14 (5,88)
>60	1 (2,86)	4 (8,0)	1 (1,00)	-	-	1 (100)	2 (13,33)	9 (3,78)
Total	35 (100)	50 (100)	101 (100)	24 (100)	12 (100)	1 (100)	15 (100)	238 (100)

Obs: HPV: papiloma vírus humano; ASCUS: atipia de células escamosas de significado indeterminado; NIC I: neoplasia intra-epitelial de grau I; NIC II: neoplasia intra-epitelial de grau II; NIC III: neoplasia intra-epitelial de grau III; CI: carcinoma escamoso invasor; AGUS: atipia de células glandulares de significado indeterminado; AIS: adenocarcinoma in situ.

- Não foram encontrados casos

Fonte: SISCAM, 2005.

As lesões por HPV, ASCUS, NIC I e AGUS foram mais freqüentes na faixa etária de 20 a 29 anos. Já as neoplasias intra-epiteliais de grau II (NIC II) foram mais freqüentes na faixa etária de 30 a 39 e as de grau III (NIC III) na faixa etária de 40 a 49. Foi observado apenas um caso de carcinoma invasor em uma mulher de 64 anos.

As alterações na faixa etária de 20 a 29 anos foram responsáveis por 87 (36,55%) exames positivos, com as lesões NIC I sendo as mais prevalentes, presentes em 44/87 exames (50,57%). As lesões glandulares nesta faixa etária representaram 6,90% dos exames positivos.

Em relação à classificação da lesão, as lesões escamosas foram responsáveis por 223 (93,7%) exames positivos enquanto as lesões glandulares representaram 6,30% (15) das lesões (Tabela 5).

Tabela 6- Distribuição das alterações celulares conforme os anos decorridos do último exame citopatológico - Florianópolis-SC, 2003

Anos	LIEBG	LIEAG	Carcinoma	Glandulares	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤1	79 (58,09)	24 (66,67)	1(100)	10 (66,66)	114 (60,64)
2-3	19 (13,97)	4 (11,11)	-	3 (20,0)	26 (13,83)
4-5	2 (1,47)	-	-	1 (6,67)	3 (1,59)
5-10	3 (2,20)	2 (5,55)	-	-	5 (2,66)
Nunca	28 (20,59)	6 (16,67)	-	1 (6,67)	35 (18,62)
Não sabe/ perdas	5 (3,68)	-	-	-	5 (2,66)
Total	136 (100)	36 (100)	1 (100)	15 (100)	188(100)

Obs: LIEBG: lesões intra-epiteliais de baixo grau incluem lesões por HPV e NIC I; LIEAG: lesões intra-epiteliais de alto grau incluem lesões NICII e NIC III; glandulares: atipias de significado indeterminado e adenocarcinomas in situ.

-Não foram encontrados casos.

Fonte: SISCAM, 2005.

A maioria das lesões surgiu em pacientes que tinham realizado exame há 1 ano ou menos. Estas pacientes somaram um total de 60,64% das lesões. 58,09% das LIEBG apareceram em quem realizou exame com o menor intervalo de tempo. Cerca de 20% das LIEBG ocorreram em mulheres que nunca haviam realizado o exame antes. A maioria das LIEAG (66,67%) e o caso de carcinoma invasor também foi identificada em mulheres que tinham realizado exame há 1 ano ou menos (Tabela 6).

Tabela 7- Distribuição dos exames colpocitológicos de acordo com a presença de alteração na inspeção do colo - Florianópolis-SC, 2003

Inspeção do colo	Normal n(%)	LIEBG n (%)	LIEAG n (%)	Glandulares n (%)	TOTAL n (%)
Alterado	94 (0,46)	5 (3,68)	4 (11,11)	1 (6,67)	104 (0,51)
Normal	20046 (98,85)	127 (93,38)	30 (83,33)	13 (86,67)	20216 (98,77)
Não avaliado	140 (0,69)	4 (2,94)	2 (5,56)	1 (6,66)	147 (0,72)
Total	20280 (100)	136 (100)	36 (100)	15 (100)	20467 (100)

Obs: LIEBG: lesão intra-epitelial de baixo grau, LIEAG: lesão intra-epitelial de alto grau. Foram incluídos nos casos de LIEBG: HPV e NIC I e de LIEAG: NIC II e NIC III. Glandulares: AGUS: atípias de células glandulares de significado indeterminado

Não avaliado: ausente ou não visualizado

Fonte: SISCAM, 2005.

Mais de 98% dos exames apresentaram inspeção do colo normal. Destes 0,84% exames apresentaram alterações celulares na colpocitologia oncótica. Apenas 0,51% dos exames mostraram-se alterados à inspeção do colo. Dos casos com alteração do colo à inspeção, o resultado da colpocitologia oncótica foi normal em 90,39% . Dos exames que mais possuíam alterações destacam-se as LIEBG sendo responsável por 4,81% dos exames com alguma alteração ao exame especular. Apenas 11,11% das LIEAG apresentaram alteração na inspeção do colo (Tabela 7).

Tabela 8- Distribuição das alterações celulares no exame colpocitológico conforme uso de método anticoncepcional - Florianópolis –SC, 2003

Método	LIEBG	LIEAG	Glandulares	Total
anticoncepcional	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não	119 (87,5)	34 (94,44)	10 (66,67)	163 (87,17)
ACO	13 (9,56)	1 (2,78)	4 (26,67)*	18 (9,63)
DIU	4 (2,94)	1 (2,78)	1 (6,66)	6 (3,2)
TOTAL	136 (100)	36 (100)	15 (100)	187 (100)

Obs: LIEBG: lesões intra-epiteliais de baixo grau incluem lesões por HPV e NIC I; LIEAG: lesões intra-epiteliais de alto grau incluem lesões NICII e NIC III; glandulares: atipias de células glandulares de significado indeterminado; ACO: anticoncepcional oral; DIU: dispositivo intra-uterino.

* TESTE EXATO DE FISCHER: $P < 0,05$

Fonte: SISCAM, 2005.

Das pacientes em uso de algum método anticoncepcional observou-se que aquelas que faziam uso de ACO apresentaram um número maior de lesões sendo responsável por 9,63% do total de lesões. As que faziam uso de DIU foram responsáveis por 3,2% das lesões.

Entre as usuárias de ACO as LIEBG foram as mais prevalentes (72,22%), assim como entre as usuárias de DIU (66,67%).

Interessante observar que as lesões glandulares estiveram associadas ao ACO em 26,67%, apresentando um risco relativo significativo de 3,41 (1,2-9,61) enquanto que associadas ao DIU em 6,66%.

87,17% das lesões foram observadas em pacientes que não faziam nenhum uso de método anticoncepcional (Tabela 8).

Tabela 9- Distribuição das alterações celulares no exame colpocitológico de acordo com a presença de gravidez - Florianópolis - SC, 2003

Gravidez	LIEBG n (%)	LIEAG n (%)	AGUS n (%)	Total
Sim	4 (2,9)	-	-	4 (2,14)
Não	132 (97,1)	36 (100)	15 (100)	183 (97,86)
Total	136 (100)	36 (100)	15 (100)	187 (100)

Obs: LIEBG: lesões intra-epiteliais de baixo grau incluem lesões por HPV e NIC I; LIEAG: lesões intra-epiteliais de alto grau incluem lesões NICII e NIC III; AGUS: atipias de células glandulares de significado indeterminado.

-Não foram encontrados casos.

Fonte: SISCAM, 2005.

Todos os casos de alteração na colpocitologia oncótica em gestantes foram de LIEBG, representando 2,14% do total de lesões. A mesma esteve presente em 2,9% das vezes na gravidez (Tabela 9).

Tabela 10- Distribuição das alterações celulares no exame citopatológico segundo o uso de terapia hormonal - Florianópolis-SC, 2003

Terapia	LIEBG	LIEAG	Glandular	Total
Hormonal	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Sim	2 (1,47)	2 (5,56)	1 (6,67)	5 (2,67)
Não	134 (98,53)	34 (94,44)	14 (93,33)	182 (97,33)
Total	136 (100)	36 (100)	15 (100)	187 (100)

Obs: LIEBG: lesões intra-epiteliais de baixo grau incluem lesões por HPV e NIC I; LIEAG: lesões intra-epiteliais de alto grau incluem lesões NICII e NIC III; glandulares: atipias de células glandulares de significado indeterminado.

Fonte: SISCAM, 2005.

Mais de 97% das pacientes que apresentavam lesões no exame citopatológico não faziam uso de terapia de reposição hormonal, estando esta presente em apenas 2,67% dos exames. Tanto as lesões intra-epiteliais de baixo grau como as de alto grau obtiveram o mesmo número de pacientes fazendo uso de TRH, 2 exames positivos (Tabela 10).

5. DISCUSSÃO

Em 2003, segundo informações do Ministério da Saúde, a população feminina, acima de 10 anos de idade, residente no município de Florianópolis era de 162.714. Destas apenas 20.467 realizaram o exame preventivo para o câncer de colo de útero no Sistema Único de Saúde (SUS), representando 12,58% da população²⁸.

Analizando estes 20.467 exames de citopatologia oncológica, observamos que a faixa etária que mais realizou os exames foi a de 20 a 29 anos, sendo responsável por 6.263 exames (30,6%), seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos (24,98%). Observa-se por estes resultados que a faixa etária mais jovem está mais preocupada em realizar o exame CO, provavelmente por um início de vida sexual cada vez mais precoce nas grandes cidades e também pela maior compreensão da importância deste exame. Resultados semelhantes foram encontrados por Nascimento e cols²⁹ que realizaram um estudo na população do Maranhão obtendo como faixa etária mais frequente a de 21 a 30 anos (31,7%), seguida da faixa etária de 31 a 40 anos (29,3%). Motta e cols⁹ perceberam que o maior contingente de mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia preventiva encontrava-se com idade inferior a 40 anos (54,6%). Resultado diferente observamos nos estudos de Costa³⁰, realizado na Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG), em que a faixa etária mais frequente foi a de 36 a 49 anos e no estudo de Tenconi e cols²⁶, que analisou a população da grande Florianópolis em 1999, em que a faixa etária com maior número de exames foi a dos 31 a 40. Provavelmente a diferença da faixa etária em maior frequência entre este estudo e o estudo de Tenconi e cols²⁶, na mesma população, deveu-se a conscientização da população sexualmente ativa quanto à importância da realização deste exame com o passar dos anos.

Com relação a adequabilidade da amostra, quase a totalidade dos exames realizados em Florianópolis encontraram-se satisfatórios para análise (99,68%) em concordância com o estudo de Costa³⁰, em que mais de 98,5% dos exames apresentaram-se satisfatórios. Esta porcentagem difere de Neto e cols²¹ em que apenas 84,2% apresentaram-se satisfatórios. Diferentes percentuais podemos encontrar nos dados do SISCAM, onde algumas regiões do Brasil, esta adequabilidade não chega a 50%⁵.

De acordo com a presença de alterações reativas e/ou reparativas foi encontrado inflamação em mais de 90% dos exames estando de acordo com o achado de

Nascimento e cols ²⁹ que evidenciou o mesmo percentual. Porém, difere de Verdiani e cols ²³ que obtiveram apenas 50,3% dos esfregaços com inflamação.

Na microbiologia a citopatologia evidenciou que colonização mais prevalente do trato genital inferior foi por bacilos (42,8%) seguida pelos lactobacilos (38,94%). Os cocos foram encontrados em cerca de 25% dos casos, podendo estar associado a alguma patologia. Este resultado difere do encontrado por Nascimento e cols ²⁹ que evidenciou que os cocos foram os mais prevalentes com 63,9% e em seguida os bacilos 39,4%. Os lactobacilos foram encontrados por Nascimento e cols ²⁹ em apenas 18,6% dos exames. Das vulvovaginites mais freqüentes, observamos que a CO não é um exame adequado para este diagnóstico, como esperado, pois detectou um percentual baixo de Candidíase (4,15%) e Tricomoníase (0,83%).

Verificou-se 1,16% dos exames com alguma alteração epitelial do tipo escamosa ou glandular. Este percentual é bem abaixo dos 4% de diagnósticos estimados pelo Instituto Nacional do Câncer na Campanha Nacional de Prevenção do Câncer do Colo de Útero para o Brasil e aos estudos de Neto e cols ²¹ e Nascimento e cols ²⁹, porém de acordo com Costa e cols ³⁰ que também evidenciou um valor bem abaixo do estimado. Entre as alterações celulares encontradas em todos os exames colpocitológicos 0,24% apresentaram diagnóstico de atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS), 0,18% NIC grau II, 0,06% NIC grau III, e 0,07% com diagnóstico de atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS). Costa e cols ³⁰ encontraram um percentual idêntico em relação a ASCUS e AGUS e um percentual semelhante em relação a NIC III (0,03%). Motta e cols ⁹ encontraram resultados semelhantes de NIC II (0,2%) analisando um ambulatório de ginecologia preventiva. Nascimento e cols ²⁹ encontraram valores semelhantes em relação ao NIC II (0,3%) e ao AGUS (0,1%).

Com relação à idade, percebeu-se que de 15 a 39 anos as lesões mais freqüentes foram por NIC I, com 86,14% do total de NIC I e acima de 40 anos as lesões mais prevalentes foram por ASCUS, correspondendo a 50% do total de ASCUS. Este resultado é compartilhado por Guarisi e cols ¹⁰ que evidenciaram que até os 35 anos prevalece o diagnóstico de NIC I. De acordo com o tipo de lesão e a idade, observou-se que o HPV foi mais prevalente entre 20 e 29 anos (45,71%) o que é consistente com a literatura a qual evidencia que a infecção por HPV é mais comum em jovens até os 30 anos ^{12,14}. Isto provavelmente ocorre porque a junção escamo-colunar encontra-se mais exposta durante a juventude e é a área mais susceptível à infecção por agentes patogênicos de transmissão sexual, inclusive o HPV, sendo a área a partir da qual originam-se a maior parte das lesões precursoras e o câncer ³¹.

O ASCUS foi mais encontrado em mulheres de 20 a 29 anos (36%) o que é praticamente igual ao que foi encontrado por Tenconi e cols ²⁶ (35%). As NIC I foram mais observadas na população de 20 a 29 anos (43,56%); as NIC II na população de 30 a 39 anos (62,50%); as NIC III na faixa etária de 40 a 49 anos (41,67%). Tenconi e cols ²⁶ afirmam que cerca de 50% das lesões por NIC I atingem a população até 30 anos e que lesões por NIC III são mais frequentes de 31 a 50 anos. Guarisi e cols ¹⁰ também evidenciaram que entre 35 e 49 anos prevalece o diagnóstico de NIC II/ NIC III. Lesão por carcinoma invasivo esteve presente em apenas um caso em uma mulher de 64 anos, o que confere com a literatura em que o câncer invasor é encontrado a partir dos 50 anos ¹⁰, porém difere do encontrado por Tenconi e cols ²⁶ e Shingleton e cols ¹⁷ que referem ser mais prevalente em pacientes de 31 a 40 anos. As lesões por AGUS ocorreram 40% na faixa etária de 20 a 29 anos não correspondendo com os dados de Tenconi e cols ²⁶ que evidenciaram este tipo de lesão em mulheres de 31 a 40 anos.

Em relação ao tempo decorrido entre o último exame colpocitológico, evidenciou-se que 74,47% das mulheres que apresentaram lesões no exame haviam realizado o exame em menos de 3 anos, 1,59% realizaram de 4 -5 anos e 2,66% realizaram há mais de 5 anos. Estes dados estão de acordo com os dados de Nascimento e cols ²⁹ em que 69,8% realizaram o exame há menos de 3 anos, 3,4% de 3 a 5 anos e 2,2% há mais de 5 anos. Já um estudo do INCA (Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Transmissíveis)³² evidenciou que em uma população de 15 a 59 anos do município de Florianópolis 85,4% teriam realizado o exame nos últimos três anos anteriores à pesquisa. Em relação às lesões, cerca de 58,09% das LIEBG, 66,67% das LIEAG, 100% dos carcinomas e 66,66% das AGUS ocorreram em quem havia realizado exame há menos de um ano. Estas altas taxas de lesões em uma população que estaria seguindo a recomendação de realização de exame anualmente, provavelmente ocorreu por uma taxa de falso-negativo em que cerca de 1/3 dos erros ocorrem por erro de interpretação da lâmina pelo patologista e cerca de 2/3 por pouca amostra ou erro na preparação da lâmina, em que células anormais não estão presentes na amostra analisada ou não foram coletadas, ou se coletadas não foram transferidas para lâmina, ficando retidas no instrumento coletor. Apenas um pequeno número de células é transferido para a lâmina se comparado ao número de células coletadas ^{4,13,17}. Sabe-se ser um exame que sua técnica de realização é vulnerável a erros de coleta e de preparação de lâmina e à subjetividade na interpretação de resultados ^{1,24}. Em um estudo realizado por Souza e cols ³, evidenciou-se o grande grau de subjetividade presente neste exame já que um mesmo citopatologista emitiu laudos diferentes para uma mesma lâmina

analisada em momentos distintos. Nos Estados Unidos 60% dos casos de erro no exame ocorrem em pacientes que nunca haviam realizado exame previamente ou em pacientes que realizaram exames inadequados e 40% dos erros ocorrem por erros de amostra, interpretação ou seguimento das pacientes³³. Neste mesmo país cerca de 40% dos casos de câncer cervical ocorrem em mulheres que realizaram o último exame de Papanicolaou em menos de 5 anos¹³.

Outra razão encontrada para uma alta taxa de lesões em pacientes que haviam realizado o exame há menos de um ano seria o grau de confiabilidade no inquérito das pacientes. Algumas pacientes podem ter subestimado o tempo decorrido do último exame contribuindo para estas taxas encontradas.

Em relação à inspeção do colo observou-se que cerca de 99% dos exames apresentaram inspeção normal. Destes, 98,85% obtiveram resultados de colpocitologia oncótica sem alterações celulares. A maioria das alterações celulares (90,91%) foi evidenciada em exames que haviam sido considerados normais à inspeção, enquanto que naqueles em que a inspeção foi alterada, encontramos apenas 5,35% do total de lesões. O achado discorda da literatura em que há registros que o exame de inspeção visual do colo com uso de ácido acético tem uma sensibilidade que varia de 70-80%, porém uma especificidade baixa 50-60%. Esta baixa especificidade levaria a uma superestimação dos resultados, o que não ocorreu neste estudo³⁴. Isto pode ser em parte explicado por uma falha na realização do exame, uma coleta por um profissional não capacitado.

De acordo com o uso de método anticoncepcional, observou-se que mais de 87% das alterações celulares ocorreram em pacientes que não faziam uso de ACO ou DIU. Das mulheres que utilizavam algum método anticoncepcional, o ACO esteve mais relacionado a lesões que o uso de DIU (9,63% e 3,2%, respectivamente). Isto está de acordo com o encontrado por Leal e cols²² e Murta e cols³⁵ que evidenciou uma maior frequência de lesões em adolescentes que usavam ACO ao invés de outros métodos contraceptivos. O uso de ACO esteve associado a um risco de 3,41 para o desenvolvimento de alterações glandulares, quando comparado a mulheres que usavam DIU ou nenhum outro método anticoncepcional. Este achado reforça o conhecimento atual de que esteróides estariam associados a adenocarcinomas, tanto do trato genital inferior como de outros sítios de localização⁴.

Em relação à presença de gravidez nas mulheres analisadas, 2,14% das alterações celulares foram evidenciadas em gestantes sendo todas as lesões do tipo LIEBG, representando 2,9% das LIEBG. Mais de 97% das lesões estiveram presentes em pacientes não gestantes. Nestas, as LIEBG também foram mais prevalentes representando 72,13% das

lesões em não gestantes. Estes resultados diferem dos estudos de Murta e cols ³⁵ em que encontraram percentual semelhante de HPV nas gestantes e não gestantes (58,9% e 55,9% respectivamente). Porém, em outro estudo do mesmo autor, a infecção por HPV em gestantes representou 44,5% das lesões enquanto que nas não gestantes foi responsável por 28,5%³⁶.

Em relação ao uso de terapia hormonal (TH), evidenciou-se que mais de 97% das alterações celulares ocorreram em mulheres que não faziam uso de TH. As LIEBG e as LIEAG foram responsáveis pelo mesmo percentual de lesões entre as pacientes usuárias de TH (40%). Em um estudo de Smith et al ³⁷ não houve diferença estatisticamente significativa entre usuárias e não-usuárias de hormônio na pós-menopausa. Os efeitos colaterais de uso por longa data de TH e o desenvolvimento subsequente de lesões intra-epiteliais ainda não são conhecidos ³⁷.

Apesar dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção de colo de útero, a manutenção de altas taxas de incidência e mortalidade no Brasil revela que as medidas que vêm sendo adotadas não conduziram aos resultados esperados. Através destes resultados aqui registrados esperamos contribuir para que medidas mais efetivas no combate ao câncer de colo de útero sejam realizadas, não só no âmbito da realização do exame como também no registro adequado das informações adquiridas pelo questionário do Ministério da Saúde no momento da realização do exame. Durante a coleta destes resultados, pudemos evidenciar a falta de registros importantes para uma melhor avaliação da cobertura do Papanicolau. Dentre as ações a serem tomadas destacam-se: preenchimento adequado do formulário de requisição do exame citopatológico, com a realização da inspeção do colo e seu registro; tornar obrigatório o registro pelos laboratórios de todas as informações contidas no formulário de requisição do exame, o que pode evidenciar mais os fatores de risco para este tipo de câncer na população estudada; treinar profissionais para uma melhor qualidade das amostras coletadas; acompanhar adequadamente as pacientes com lesões detectadas e planejar a campanha de forma que venha a alcançar as mulheres de risco para a doença, ou seja, aquelas que nunca realizaram o exame ou que já realizaram há mais de 5 anos.

6. CONCLUSÕES

Avaliando 20.467 exames de colpocitologia oncótica no município de Florianópolis no período de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2003, podemos concluir que:

1. Apenas 12,58% da população feminina de Florianópolis realizaram a colpocitologia oncótica pelo SUS neste ano.
2. A quase totalidade dos exames (99,68%) foi satisfatória para análise.
3. Inflamação esteve presente em mais de 90% dos exames.
4. Os bacilos foram os microorganismos mais prevalentes (42,80%) no trato genital inferior seguido pelos lactobacilos (38,94%).
5. O percentual de alterações epiteliais nos exames foi de 1,16%, sendo as NIC I as mais prevalentes, diagnosticadas em 0,49% do total de exames, ASCUS em 0,24%, NIC II em 0,18% e lesões por HPV em 0,17%.
6. Do total de alterações celulares (238 exames) as LIEBG foram as mais encontradas, em 57,14%, seguida pela LIEAG (21%).
7. A faixa etária mais acometida por lesões foi a de 20 a 29 anos, em que se evidenciou 36,56% de todas as lesões.
8. 60,64% das lesões ocorreram em pacientes que haviam realizado exames em um intervalo menor ou igual a um ano.
9. À inspeção visual, o colo apresentou-se normal em cerca de 99% dos exames. 90,91% das alterações celulares foram evidenciadas em exames considerados normais à inspeção.
10. O uso de ACO esteve associado a um risco de 3,41 para as lesões glandulares.
11. Apenas 2,14% das alterações celulares estiveram presentes em pacientes gestantes.
12. Apenas 2,67% das alterações celulares estiveram presentes em usuárias de TH.

REFERÊNCIAS

1. Martins LFL, Thuler LCS, Valenet JG. Cobertura do exame Papanicolaou e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(8):485-92.
2. Haas P, Paludo RF, Savi LA, Miranda ML. Vantagens da citologia monocamada em preventivos de câncer de colo de útero. *Rev Bras Anal Clin.* 2003;35(3):143-6.
3. Souza JHK, Kalil IV, Leite JM, Geber S. Avaliação de lâminas de colpocitologia oncótica previamente diagnosticadas como ASCUS: comparação interensaio e interobservadores. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(3):233-40.
4. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Can Med Assoc J.* 2001 Apr 3;164(7):1017-24.
5. Instituto Nacional de Câncer [homepage na Internet]. Ministério da Saúde; c 1996-2006 [acesso em 2005 Agosto 24; acesso em 2006 Janeiro 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>.
6. Naud P, Matos JC, Hammes L, Vettorazi J. Avaliação dos programas de screening para o câncer de colo uterino no Estado do Rio Grande do Sul. *Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul.* 2000;20(2):108-13.
7. Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde de Região Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003 Mar.-Abr.;19(2):571-8.
8. Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern. Infant.* 2003 Jan.-Mar.;3(1):95-112.
9. Motta EV, Fonseca AM, Bagnoli VR, Ramos LO, Pinotti JA. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. *Rev Ass Med Brasil.* 2001;47(4):302-10.
10. Guarisi R, Hardy E, Derchain SFM, Fonsechi-Carvasan GA, Borges JBR. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor do colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. *Rev Bras Cancerol.* 2004;50(1):7-15.
11. Azevedo G, Mendonça S. Câncer na população feminina brasileira. *Rev Saúde Pública.* 1993;27(1):68-75.
12. Fey MC, Beal MW. The role of human papillomavirus testing in cervical cancer prevention. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(1):4-13

13. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, et al. American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin.* 2002 Nov-Dec;52(6):342-62.
14. Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev.* 2003 Jan;16(1):1-17.
15. Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *CA Cancer J Clin.* 2004 Sept/ Oct;54(5):248-59.
16. Janicek MF, Averette HE. Cervical cancer : prevention, diagnosis , and therapeutics. *CA Cancer J Clin.* 2001 Mar/ Apr;51(2):92-114.
17. Shingleton HM, Patrick RL, Johnston WW, Smith RA. The current status of the Papanicolaou smear. *CA Cancer J Clin* 1995 Sept/ Oct;45(5):305-20.
18. Bagarelli LB, Oliani AH. Tipagem e estado físico de papilomavírus humano por hibridização in situ em lesões intra-epiteliais do colo uterino. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(1):59-64.
19. Harper DM. Why am I scared of HPV? *CA Cancer J Clin.* 2004 Sept/ Oct;54(5):245-7.
20. Naud P, Matos JC, Hammes L, Vettorazi J. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). *Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul.* 2000;20(2):138-42.
21. Neto AR, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(4):209-16.
22. Leal EAS, Júnior OSL, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do Município de Rio Branco – Acre. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(2):81-6.
23. Verdiani LA, Derchain SFM, Schweller M, Gontijo RC, Andrade LAA, Zeferino LC. Atipia de células glandulares em esfregaços do colo do útero: avaliação dos métodos propedêuticos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(3):193-200.
24. Lapin GA, Derchain SFM, Tambascia J. Comparação entre colpocitologia oncológica de encaminhamento e a da gravidade das lesões cervicais intra-epiteliais. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):120-5.
25. Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *J Bras Patol Med Lab.* 2002 Jul-Set;38(3):225-31.
26. Tenconi P, Becker T, Pasini A, Haas P. Estudo da incidência de câncer de colo de útero nas regiões da Grande Florianópolis e Sul do Estado de Santa Catarina e análise da metodologia utilizada para realização do exame. *Rev Newslab.* 2000;40; 164-78.

27. Pinho AA, Junior IF, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(supl 2):S303-13.
28. Ministério da Saúde – DATASUS [homepage da Internet].[acesso em 2006 Fev 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
29. Nascimento MDSB, Pereira ACS, Silva AMN, Silva LM, Viana GMC. Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino no Estado do Maranhão: análise de aspectos citológicos e epidemiológicos. *Acta Oncol*. 2003 Out/ Nov;23(3) . Acesso em 20/02/2006.
30. Costa CRP, Fernandes PA. Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino: a contribuição do laboratório de anatomia patológica da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG). *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(1):33-7.
31. Longatto Filho A, Etlinger D, Gomes NS, Cruz SV, Cavalieri MJ. Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2003;62(1):31-4.
32. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal. 2002-2003:39-42.
33. Rubin SC. Cervical cancer: successes and failures. *CA Cancer J Clin*. 2001 Mar/Apr;51(2):89-91.
34. Cronjé HS. Screening for cervical cancer in developing countries. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;84:101-8.
35. Murta EFC, Souza MAH, Adad SJ, Júnior EA. Infecção pelo papilomavírus humano em adolescentes: relação com o método anticoncepcional, gravidez, fumo e achados citológicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(4):217-21.
36. Murta EFC, Souza MAH, Adad SJ, Júnior EA. Infecção pelo papilomavírus humano durante a gravidez: relação com achados citológicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(6):377-81.
37. Smith EM, Johnson SR, Ritchie JM, Feddersen D, Wang D, Turek LP et al. Persistent HPV infection in postmenopausal age women. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;87:131-7.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

